

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 90

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André SALMON

Né le 22 Avril 1914 à Joué-les-Tours (Indre-et-Loire)

Ancien Interne des Hopitaux de Tours

L'HOPITAL SANATORIUM MODERNE

RÉSULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE
LE JOUTEUX (TOURS) DE 1930 A 1938

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1939

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (Diplôme d'État)

PAR

André SALMON

Né le 22 Avril 1914 à Joué-les-Tours (Indre-et-Loire)

Ancien Interne des Hopitaux de Tours

L'HOPITAL SANATORIUM MODERNE

RÉSULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE
LE JOUEUX (TOURS) DE 1930 A 1938

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N....
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINEPathologie chirurgicale.
 BARIETYPathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCKPathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNESPathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIERParasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOTObstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIERObstétrique.
 SCHWARTZPathologie chirurgicale
 VANDESCALObstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educacion physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*J'offre ce modeste travail. Témoignage
de toute ma reconnaissance et de
ma profonde affection.*

A MA GRAND-MERE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques
d'Hygiène à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse,
Hommage reconnaissant.*

A Monsieur le Docteur GAUDEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours
Médecin-Chef de l'Hôpital Bretonneau

*Dont nous avons été l'externe. Nous le
remercions des précieux conseils
qu'il nous a prodigués.*

*Qu'il veuille trouver ici ce modeste té-
moignage de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur BONNIN

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours
Médecin-Chef de l'Hôpital-Sanatorium Le Jouteux
Médecin du Sanatorium de la Croix-Montoire

*Qui nous a toujours bien accueilli
pendant notre année d'internat et
nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous en a fourni la documentation.
Nous lui exprimons ici nos remercie-
ments et toute notre gratitude.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE TOURS

INTRODUCTION

Un vaste effort a été réalisé depuis trente ans en vue de la création de lits pour les tuberculeux pulmonaires. De nombreux sanatoria populaires ou privés ont été créés, aménagés ou agrandis. Mais l'expérience journalière nous montre l'insuffisance de leur action, et nombreux sont encore les tuberculeux qui ne peuvent songer à être tous reçus dans ses organismes et qui doivent faire appel aux hôpitaux locaux.

Naguère, on avait voulu distinguer :

- Le sanatorium de cure, destiné aux malades porteurs de lésions initiales et peu évolutives;
- L'hôpital-sanatorium, qui recevait surtout des sujets présentant des lésions avancées auxquels on donnait l'illusion d'une cure sanatoriale.

Cette discrimination tend à disparaître et tous les établissements de tuberculeux doivent être des centres de traitement équipés à mettre en œuvre les méthodes thérapeutiques actuelles.

Cette conception nouvelle de la lutte antituberculeuse a été réalisée dans un certain nombre de départements qui, ne pouvant assister utilement leurs malades privés de ressources, ont créé un centre spécialisé pour tuberculeux pulmonaires, l'hôpital-sanatorium moderne.

Le but d'un tel service, organisé à proximité d'une grande ville, souvent dans l'enceinte même de l'hospice général, est de recevoir tous les tuberculeux pulmonaires, quelles que soient l'étendue de leurs lésions et la gravité de leur état, les retirant des milieux hospitaliers où on ne peut les conserver sans danger pour eux et leurs voisins. Il leur assure tous les soins médicaux et les traitements modernes; après un temps variable de séjour il les dirige, s'il y a lieu, sur l'organisme de plaine ou d'altitude le mieux approprié à leur état, ou leur permet de reprendre leur place au foyer après guérison.

Le département d'Indre-et-Loire a heureusement complété son armement antituberculeux par la création d'un tel centre : l'Hôpital-Sanatorium Le Jou-teux.

Il nous a donc paru intéressant de décrire ici comment s'est créé, à l'hôpital Bretonneau de Tours, le service spécialisé pour tuberculeux, quels ont été les résultats obtenus depuis sa fondation et quel enseignement on peut tirer de son fonctionnement.

LA GENESE DU SANATORIUM

En 1921, par son testament, une généreuse bienfaitrice, M^{me} veuve Le Jouteux, institua la Ville de Tours sa légataire universelle à la charge de faire édifier avec le montant du legs un hôpital « destiné à soigner la tuberculose ».

La Ville de Tours confia l'étude de la réalisation du projet à la Commission administrative de l'Hospice Général.

Après avoir pris l'avis de M. le Professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de Médecine, professeur de clinique de tuberculose à la Faculté de Paris, une Commission fut réunie à l'Hôtel de Ville, groupant les plus hautes personnalités médicales du département. Cette Commission rechercha d'abord la nature de l'établissement à créer. Les pouvoirs publics, secondés par l'initiative privée, avaient déjà fondé des dispensaires urbains et sub-urbains, des cures d'air, des preventoria et

deux sanatoria : un pour hommes, le sanatorium de Bel-Air, à La Membrolle; un pour femmes, le sanatorium de La Croix-Montoire, à Saint-Symphorien.

Mais l'hôpital spécialisé, destiné à réaliser au mieux l'isolement et le triage des tuberculeux n'existait pas.

La Commission émit donc l'avis, avec le professeur Léon Bernard, que la fonction de l'hôpital à créer serait de recueillir :

1° Les malades en cours de poussées évolutives ne pouvant être soignés à domicile.

2° Ceux qui ont besoin, soit pour un diagnostic difficile, soit pour une décision à prendre ou une intervention, d'être observés.

3° Enfin, les cas graves et avancés qu'on ne peut laisser à domicile.

4° En outre, le service est un centre de triage qui permet l'attente d'une entrée en sanatorium, souvent longue, et donne au malade la possibilité de commencer sa cure sans perte de temps.

Cette heureuse conception était tout à fait en rapport avec les idées si justes du professeur Calmette.

L'HOPITAL-SANATORIUM LE JOUTEUX

Le 1^{er} juillet 1930, le nouveau service de bacillaires, annexé à l'important groupement hospitalier de l'hôpital Bretonneau de Tours, ouvrait ses portes.

Construit dans l'enceinte même de l'hôpital, entièrement indépendant des autres services hospitaliers, l'hôpital-sanatorium est très simple d'architecture. Il se présente sous la forme d'un pavillon d'entrée central, construit en terrasse et ne comprenant qu'un rez-de-chaussée relié à deux grands bâtiments.

Le pavillon d'entrée groupe en un seul bloc les services communs : le bureau du médecin-chef, le bureau de la sœur surveillante, une salle d'attente, une salle d'examen et d'interventions où sont effectués les insufflations de pneumothorax. Une cuisine avec les plus modernes installations, est annexée au pavillon.

Une galerie relie ce premier pavillon aux deux grands bâtiments : les pavillons d'hospitalisation. A gauche de cette galerie est la salle de radiologie et de pesées.

Les pavillons d'hospitalisation, apposés comme deux grandes ailes à la galerie, sont réservés aux tuberculeux, l'un aux hommes, l'autre aux femmes, ces deux services sont nettement séparés. Chacune des ailes, constituée par un rez-de-chaussée et un étage, comporte ses servitudes : réfectoires, lavabos individuels, vestiaire, salle de préparation, bains, vidoirs, w.-c., trémies pour le linge, salle de surveillance et de veilleuse.

Chaque étage comprend une vaste salle rectangulaire, partagée en deux par une cloison médiane assez haute. Des cloisons transversales, perpendiculaires à la cloison médiane, divise la salle en boxes de deux lits : cette disposition a l'avantage de permettre un isolement local. Sur tout le pour-tours un espace libre, où on peut circuler aisément, a été laissé. Deux chambres d'isolement, de deux lits chacune, sont à l'extrémité de chaque salle. Les façades sont percées de grandes fenêtres, côté nord, de portes-fenêtres côté midi, permettant de recevoir largement air et lumière.

Chaque salle a sa cure d'air respective : vaste galerie exposée au Midi, occupant toute la longueur

du pavillon. Pour faire leur cure, les malades disposent de chaises longues; ceux qui sont fatigués ont la possibilité de la faire dans leur lit qui est roulé du boxe sur la galerie qui communique avec la salle par les portes-fenêtres.

Dans les sous-sols des pavillons ont été aménagés des salles de stérilisation de toute vaisselle, verrerie et crachoirs, ainsi que les chaudières du chauffage central. Un ascenseur dessert l'étage supérieur.

Les services de spécialité : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, les soins chirurgicaux, les examens de laboratoire sont assurés par la collaboration des chefs de service de l'hôpital Bretonneau. Seules les interventions sur le nerf phrénique sont pratiquées à l'hôpital; pour les interventions osseuses sur le thorax, maintenant que les indications des résections costales sont bien établies et que les résultats en sont connus, nous adressons nos malades aux centres spécialisés.

Dans son rapport annuel sur le fonctionnement du service en 1936, M. le D^r Bonnin, médecin-chef du service, émettait le vœu qu'au service du sanatorium soit adjoint un service où l'on puisse pratiquer des sections de brides dans les pneumothorax non satisfaisants à cause d'adhérences pleurales, et même des opérations plastiques. Ce vœu est réalisé, la Commission administrative de l'hô-

pital Bretonneau a bien voulu doter le service de l'instrumentation nécessaire à ces interventions. Malheureusement, la guerre, mobilisant les chefs de service, recule la date où la collaboration médico-chirurgicale pourra être organisée dans notre établissement.

Administration et Service médical

L'hôpital-sanatorium est administré par la Commission administrative de l'hôpital Bretonneau.

Le service médical est confié à un médecin nommé au concours des hôpitaux. Il est assuré, depuis sa création, par le D^r Bonnin, professeur suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, directeur d'un des services du sanatorium pour femmes de La Croix-Montoire.

Le médecin-chef est assisté d'un interne, de deux externes, d'une sœur surveillante-chef et de deux sœurs pour les salles d'hospitalisation.

M. le D^r Bonnin a fait de son service un centre d'enseignement. Comme les autres services hospitaliers, le sanatorium reçoit des étudiants stagiaires. Un enseignement clinique élémentaire de tuberculose est fait chaque année. En outre, il y est fait un enseignement des élèves infirmières visiteuses d'hygiène.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Notre département étant essentiellement agricole avec quelques industries locales concentrées sur les produits du sol ou sur les matières et les objets nécessaires à l'agriculture, la classe sociale de nos malades est-elle uniquement représentée par des ouvriers agricoles, des petits cultivateurs, des employés, des ouvriers, tous gens de condition modeste.

Lorsqu'ils ont suivi les conseils de leur médecin traitant ou du dispensaire, les malades nous arrivent avec des lésions à début récent. Mais souvent la crainte d'une hospitalisation coûteuse, surtout lorsqu'ils sont soutiens de famille, la peur de l'hôpital et surtout une éducation incomplète de la nécessité de se soigner précocement sont autant de facteurs qui font que nous sommes amenés à recevoir des malades aux lésions avancées.

Cette nécessité de recevoir des tuberculeux à des stades différents d'évolution nous oblige à les catégoriser à leur entrée dans le service. On ne saurait, en effet, comme cela existait trop souvent, par la force des choses, dans les services de médecine générale, laisser un malade relativement peu atteint, paucibacillaire, curable, en contact avec un cachectique avancé, multi-bacillaire.

Sa catégorisation a été prévue par deux moyens :

1^{er} moyen : création de deux étages étanches, séparés. Un étage « hôpital » pour les cas les plus sérieux, fébriles, graves, alités en majorité, multi-bacillaires. Un étage « sanatorium » pour les cas curables, paucibacillaires, en cure sanatoriale d'attente, proposés pour des sanatoria extérieurs.

2^e moyen : la disposition de chaque salle en boxes de deux lits permet dans chaque étage même un classement.

Un malade s'aggrave-t-il, ou son état nécessite-t-il l'alitement ? il est aussitôt passé à l'étage hôpital. Inversement, le malade entré en poussée fébrile, amélioré ensuite, à température régularisée, passe à l'étage sanatorium.

Catégorisé à son entrée, le malade est dirigé sur un de ces deux étages. A l'étage « sanatorium », le tuberculeux fait sa cure de repos et d'aération. Al-

longé sur une chaise longue il passe la plus grande partie de sa journée sur la galerie de cure; quelques récréations lui sont accordées au moment des repas et des courtes promenades qu'ils pensent faire dans une cour plantée d'arbres, située derrière le sanatorium. A l'étage « hôpital », les malades font la même cure, dans leur lit s'ils sont fatigués, lit roulé sur la galerie, ou laissé dans le boxe, les fenêtres ouvertes, si leur fatigue est trop grande.

A ces conditions médicales s'ajoutent des conditions matérielles meilleures, une cuisine spéciale substantielle et variée, des soins d'hygiène et de propreté.

Dans les cas les plus favorables, nous créons un pneumothorax artificiel. Les nécessités matérielles obligent souvent un grand nombre des malades qui ont bénéficié de la collapsothérapie à rentrer chez eux : nous le leur permettons après avoir observé pendant quelques mois la bonne marche de leur pneumothorax et leur amélioration. Ces malades ne sont cependant pas perdus de vue : en effet, assujettis aux réinsufflations, nous pouvons les surveiller pendant de nombreux mois, leur donner des conseils et le cas échéant leur proposer une nouvelle hospitalisation. Chaque semaine, une matinée

est consacrée à l'examen radioscopique des malades de l'extérieur.

Signalons également que nous avons souvent l'occasion de faire des réinsufflations chez des malades venus de Paris ou d'un sanatorium dans notre région.

Lorsque les indications d'une phréni-exérèse sont posées, nous hospitalisons ces malades dans un des services de chirurgie de l'hôpital général; l'intervention faite, ils reviennent continuer leur cure dans le service.

Le service s'occupe aussi du placement en sanatorium d'Etat. Les demandes sont faites pour les seuls malades chez lesquels aucune intervention ne peut être immédiatement envisagée et qui sont susceptibles d'amélioration par une cure dans un organisme de plaine ou d'altitude. Quelques malades qui ont un pneumothorax créé sont aussi placés chaque année.

LES RESULTATS

APERÇU STATISTIQUE GLOBAL DU MOUVEMENT

DES MALADES

DU 1^{er} JUILLET 1930 AU 31 DÉCEMBRE 1938

L'hôpital-sanatorium ayant ouvert ses portes le 1^{er} juillet 1930, nous avons confondu les statistiques concernant le mouvement des malades durant cette période avec celles de l'année 1931.

Dans un premier tableau, nous indiquons, en face de chaque année, le nombre de tuberculeux hospitalisés :

En 1930-1931.....	350
1932.....	211
1933.....	178
1934.....	174
1935.....	201
1936.....	213
1937.....	204
1938.....	228

1.759

Le total 1.759 représente le nombre de bacheliers soignés dans le service depuis sa création.

Le mouvement général des entrées est à peu près égal chaque année. Le nombre de 350 entrées en 1930-1931 est supérieur proportionnellement à celui des années suivantes, correspondant au remplissage du service dès son ouverture.

Un second tableau nous fait connaître le nombre de malades sortis durant cette période. Nous les avons classés en : sortis améliorés, stationnaires, aggravés, placés en sanatorium.

<i>Années</i>	<i>Améliorés</i>	<i>Stationnaires</i>	<i>Aggravés</i>	<i>Placés en sanatorium</i>
1930-1931....	72	53	18	45
1932.....	39	26	7	49
1933.....	43	26	10	40
1934.....	42	22	7	44
1935.....	44	25	9	44
1936.....	46	17	17	56
1937.....	48	26	18	42
1938.....	45	23	18	55
	379	223	104	375

Le total des sorties s'élève à 1.081.

Quelques malades renvoyés pour indiscipline ou n'étant pas rentrés de permission — ils sont une infime minorité — n'entrent pas dans cette statistique.

379 malades sont sortis améliorés, soit 21,8 % du nombre total des entrées. Trois facteurs permettent d'apprécier cette amélioration :

- nettoyage radiologique;
- stérilisation bactériologique des crachats (examens répétés);
- stabilité dans le temps des résultats acquis.
Ce facteur a été vérifié, les malades sont revenus plusieurs fois après leur sortie du service aux séances de radioscopie.

Les tuberculeux sortis leur état restant stationnaire ou s'étant aggravé ont été perdus de vue. Mais il faut penser que ces malheureux, qui ne pouvaient supporter une hospitalisation coûteuse, sont décédés dans leur famille. Ils représentent 18,5 % du total des entrées.

Dans un troisième tableau, étudions les interventions qui ont été pratiquées dans le service : pneumothorax artificiels, phréni-exérèses.

1° *Pneumothorax artificiels :*

Année	Pneumothorax créés	Pneumothorax placés en sanatorium	Pneumothorax sortis améliorés	Pneumothorax aggravés ou décédés
1930-1931....	33	10	16	7
1932.....	28	8	14	6
1933.....	21	9	9	3
1934.....	22	8	11	3
1935.....	16	9	3	4
1936.....	24	6	13	5
1937.....	27	9	15	3
1938.....	19	9	7	3
	190	68	88	34

10 pneumothorax se sont produits spontanément, 6 ont été plus ou moins entretenus, 4 sont décédés.

2° *Phréni-exérèses :*

En 1930-1931.....	2
1932.....	2
1934.....	1
1935.....	2
1937.....	1
	8

Le pneumothorax artiificiel a complètement modifié l'évolution de la tuberculose, il peut la guérir à la condition cependant d'être mis en œuvre à temps.

190 ont été créés dans le service.

89, soit 46,8 %, sont sortis améliorés après avoir passé un temps plus ou moins long dans le service. Cette amélioration a été surveillée après leur sortie, soit aux réinsufflations, soit à la radioscopie.

68, soit 35,7 %, ont pu être placés en sanatorium.

Ainsi, sur 375 malades placés, soit 21,3 % du total des entrées, un certain nombre ont « gagné du temps » et peut-être s'ils avaient attendu leur placement chez eux, sans traitement, aurait-il été impossible d'envisager une intervention à leur arrivée. Tous ont pu commencer leur cure, profiter de ses bienfaits, reprendre du poids pendant l'attente souvent longue dans notre service.

34 de nos pneumothorax créés, soit 17,7 %, se sont aggravés ou sont décédés. Ces interventions ont été trop tardives, n'enrayant pas une poussée évolutive, ou bien une complication — laryngite ou méningite tuberculeuses — a été la cause du décès chez un pneumothorax qui allait bien.

Nous avons donc eu 21,5 % d'améliorations, 21,3 % de placements en sanatorium, soit 42,8 % de bons résultats.

Mais si des résultats sont obtenus, cependant il existe des revers dans un établissement comme le nôtre. Etudions la mortalité :

<i>Année</i>	<i>Décès avant un mois de présence</i>	
	<i>Décès</i>	
1930-1931.....	103	26
1932.....	52	21
1933.....	59	14
1934.....	55	6
1935.....	74	25
1936.....	66	29
1937.....	69	17
1938.....	69	26
	547	164

Le total des décès s'est élevé à 547, soit 31,1 % du total des entrées.

Les causes en ont été l'évolution progressive chez des malades arrivés dans un état grave ou bien une méningite tuberculeuse chez un sujet en bon état.

Mais 164 tuberculeux, soit 29,9 % du total des décès, n'ont pas été hospitalisés un mois dans le service. Ils nous étaient arrivés à la période de cachectisation, et nous n'avons pu que leur donner

les meilleurs soins et leur apporter un peu de réconfort moral.

Les malades sortis leur état restant stationnaire ou aggravé viennent augmenter le pourcentage des décès. Ce qui nous donne 31,1 % de décès, 18,5 % de stationnaires ou aggravés, soit 49,6 % de revers.

Le nombre des décès a peu varié depuis la création du sanatorium, ce qui justifie la lutte vigoureuse qui doit être menée contre la tuberculose.

ENSEIGNEMENT TIRE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE

S'il était possible d'appliquer toujours scrupuleusement les mesures prophylactiques, le tuberculeux pourrait sans grand danger pour son entourage garder sa place au foyer. Mais, en pratique, la prophylaxie est presque toujours insuffisante; l'isolement d'urgence dans un sanatorium est la solution idéale. Cette solution est doublement heureuse puisqu'elle supprime toute contamination, d'une part, et que, d'autre part, elle assure au malade les meilleures chances de guérison par une cure méthodique médicalement surveillée et la mise en œuvre des méthodes thérapeutiques actuelles. Or, le nombre de lits est insuffisant, et l'attente d'un placement souvent fort longue. Devant être hospitalisés d'urgence, les services de médecine leur seront-ils donc ouverts? On ne saurait leur faire quitter une chambre étroite, mal aérée, non indivi-

duelle, pour une grande salle où air et lumière n'entrent qu'avec parcimonie. Ils ne doivent pas être laissés en contact avec toutes les affections que l'on rencontre dans ces services, où il est très difficile de mettre en œuvre les traitements modernes. On ne doit pas non plus grouper les tuberculeux avancés dans ces petites salles, comme naguère, où, faisant figure de parents pauvres, ils évoluaient vers la cachexie et la mort. Seul un service spécialisé pour tuberculeux peut les accueillir; l'hôpital-sanatorium moderne, rattaché ou non à un centre hospitalier, trouve ainsi sa justification.

Lorsqu'un malade se présente dans un tel centre, il est souvent difficile de se prononcer sur la nature du traitement à effectuer, sur le caractère évolutif ou cicatriciel de ses lésions, aussi une mise en observation est-elle nécessaire. Mais ces tuberculeux aux lésions à des stades d'évolution différents, devront-ils être en contact? On ne saurait admettre qu'un cachectique avancé ait pour voisin de lit une forme curable de début. Par sa division en deux étages distincts, sa disposition en boxes de deux lits, un tri peut être fait entre les malades.

Les cas sérieux, fébriles, les multibacillaires sont hospitalisés à l'étage dit « Hôpital ». De nombreux phthisiologues ne voient en lui qu'un « garage, un moritorium » où on ne donne que l'illusion d'une

cure sanatoriale. Il faut le reconnaître, c'est un garage. Cependant ces phthisiques incurables sont l'objet de soins constants; ils ont le réconfort moral, qui leur est si nécessaire, de sentir qu'on s'occupe d'eux, qu'on s'intéresse à leur sort, et surtout ils sont isolés de leur famille et des non bacillaires. Certains, entrés en poussée fébrile, améliorés ensuite, ont pu quitter cet étage pour le service sanatorium. Nous souhaitons vivement que cet étage « Hôpital » disparaisse un jour et soit transformé en sanatorium : le nombre de malades arrivés à un stade tardif serait alors disparu.

L'étage « sanatorium » est celui qui nous a donné les bons résultats enregistrés depuis la création du service. La cure de repos et d'aération est une nécessité absolue pour tout malade qui veut guérir. Rist a dit : « La condition *sine qua non* de la guérison de la tuberculose pulmonaire est le repos absolu, non pas seulement le repos musculaire et viscéral, mais aussi le repos moral, intellectuel, émotionnel. » Bien que nous ne puissions apporter la démonstration rigoureuse de son efficacité, nous avons foi en la cure ainsi comprise parce que ses effets sont manifestes, comme sont manifestes les mauvais résultats dus à ce qu'elle n'a pas été appliquée où qu'elle a été supprimée trop tôt. Le nombre de nos malades sortis améliorés, sans avoir subi

d'intervention, ne nous montre-t-il pas que les effets d'une cure bien conduite ne sont pas illusoires?

Mais, si la cure sanatoriale est restée longtemps seule, la base fondamentale du traitement, la thérapeutique moderne des interventions a fait ses preuves. Le pneumothorax artificiel a complètement modifié l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Il peut la guérir, à la condition cependant d'être mis en œuvre à temps. Pratiquement il importe de dépister le plus rapidement possible les débuts d'une bacillose pulmonaire, d'envoyer aussitôt les malades dans un établissement de cure où ils seront surveillés afin de juger de l'opportunité du pneumothorax. En effet, s'il ne faut pas trop attendre avant de mettre en œuvre la collapsothérapie par le pneumothorax, il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire et trop se hâter, une révolution spontanée sous l'influence de la cure pouvant toujours être espérée. Notre service remplit bien ce rôle, étant donné les résultats obtenus chez les malades qui en ont bénéficié. En outre, ils ont pu faire leur cure, car elle est nécessaire même avec les traitements modernes, comme l'ont si bien souligné les professeurs Sergent, Bezançon, Rist et Léon Bernard à l'Académie de Médecine.

A côté du rôle social et prophylactique de l'isolement, du rôle médical de traitement, on peut ajouter que notre organisme joue un rôle éducatif. Les malades apprennent à se soigner, gardent de leur passage dans le service des bons principes d'hygiène. Cela ne veut pas dire qu'ils sauront trop se soigner, que leur tâche unique sera de préserver constamment leur santé, les rendant égoïstes, incapables de se dévouer à la chose publique et aux intérêts de leur famille. Ce n'est le cas que d'un petit nombre, car souvent ils acquièrent un moral supérieur grâce à l'émulation et à l'exemple.

Les buts que s'était proposée la Commission administrative de l'hôpital Bretonneau, se sont-ils trouvés justifiés dans la réalisation de l'hôpital-sanatorium Le Jouteux? Oui, nous le pensons sincèrement. La formule de fonctionnement et d'organisation doit être gardée et appliquée dans de nombreux centres spécialisés pour tuberculeux pulmonaires. Nous regrettons que l'établissement ne dispose que de 80 lits, qui ne peuvent décongestionner complètement les services médicaux.

Centre spécialisé, l'hôpital-sanatorium Le Jouteux complète les efforts des dispensaires d'hygiène sociale et des médecins et forme le pivot de la lutte antituberculeuse dans notre département.

CONCLUSION

- I. Il a été créé dans l'hôpital Bretonneau de Tours un hôpital-sanatorium qui fonctionne depuis 1930.
- II. Les résultats obtenus ont été les suivants :
 - 1.759 tuberculeux ont été hospitalisés;
 - 21,8 % sont sortis améliorés;
 - 21,3 % ont été placés en sanatorium;
 - 10,8 % ont bénéficié de la collapsothérapie par pneumothorax.
- III. La mortalité s'est élevée à 31,1 % du total des entrées, 18,5 % sont sortis leur état restant stationnaire ou s'étant aggravé. Tous ces malades nous étaient arrivés à un stade d'évolution trop avancé pour pouvoir retirer le bénéfice d'une cure méthodique ou d'une intervention que nous offre la thérapeutique moderne.

IV. La conception de l'hôpital-sanatorium moderne comme centre :

d'isolement;

de triage;

de traitement,

est bonne, et son fonctionnement ainsi que son organisation doivent être conservés.

V. L'armement antituberculeux national doit se compléter par la création d'un grand nombre de ces centres spécialisés pour les tuberculeux pulmonaires.

Vu :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu :

Le Président,

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Ameuille. — Cure de repos dans la tuberculose.
(Gazette Médicale de France, 15 décembre 1938.)

Benzaquen. — Du pneumothorax artificiel précoce dans la tuberculose pulmonaire évolutive à lésion discrète. (Thèse de Paris, 1936.)

Berthet (E.). — Le pneumothorax précoce dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Clinique et Laboratoire, 20 juillet 1938.)

Bernard (L.). — La place de la cure sanatoriale dans la thérapeutique actuelle de la tuberculose pulmonaire. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 13 juin 1933.)

Bernard (L.) et Poix (G.). — L'armement anti-tuberculeux français.

Brouardel (G.) et Arnaud (J.). — L'organisation antituberculeuse française.

Décamps (M.). — Fonctionnement d'un hôpital-sanatorium de province (Fontainebleau). Les résultats de 1927 à 1937. (Thèse de Paris, 1938.)

Petit (G.). — Le mouvement antituberculeux. (Courrier Médical, 6 décembre 1931.)

Rist (E.) et Hirshberg (F.). — Etude statistique sur l'efficacité du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Paris Médical, 7 janvier 1928.)

Sergent. — La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 30 mai 1933.)

